Aus der II. Gynäkologischen Universitätsklinik zu München
(Direktor: Prof. Dr. O. Eisenreich)

Die Episiotomie im Spiegel der modernen Fachliteratur.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin.

Einer hohen medizinischen Fakultät der
Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Werner-K. Wiemer
aus Duisburg.

München 1938

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Ludwigs-Maximilians-Universität zu München.

Berichterstatter:
Professor Dr. med. O. Eisenreich

Tag der mündlichen Prüfung 19. Dezember 1938.

Bei älteren und alten Erstgebärenden ist die Geburt physiologisch erschwert. Bondy bezeichnet das 18.—20. Lebensjahr der Frau als die optimalste Zeit, in der die Erstgeburt stattfinden soll. Man nimmt heute als beste und physiologische Breite für das günstigste Alter der Primiparen die Zeit bis zum 23. Lebensjahre an. In diesem Zeitraum, der Blütezeit im weiblichen Leben, sind ihre Gewebe dehnungsfähig und saftreich, und die Elastizität ist so groß, daß auch nach stärkster Inanspruchnahme der Genitalschlauch meistens den status quo ante nahezu vollkommen wieder erreicht.

Schon in der zweiten Hälfte der zwanziger Jahre beginnen die zurückgehenden Umwandlungen. Die Gerüstsubstanz nimmt zu, und die Saftfülle und Elastizität werden geringer. Deshalb zieht man die Grenze zwischen der jugendlichen und älteren Erstgebärenden in der Mitte der zwanziger Jahre.

Die Nachteile der versäumten jugendlichen Erstgeburt werden von Jahr zu Jahr größer, und sie erreichen ihren Höhepunkt vom 35. Lebensjahre ab, so daß man die Erstgebärende von diesem Alter ab als sogenannte alte Erstgebärende bezeichnen muß.

In der Dauer der Geburt offenbart sich am besten die Erschwerung, die durch die Unnachgiebigkeit der Gewebe hervorgerufen ist. Kashdan fand bei 1000 Gebärenden der Münchener Kliniken folgende Zahlen: Es vergingen

bei Frauen vom 28.—30. Lebensjahre 21 Stunden
bei Frauen vom 31.—35. Lebensjahre 26½ Stunden
bei Frauen vom 36.—45. Lebensjahre 28½ Stunden

durchschnittliche Geburtsdauer.

Wenn man in Betracht zieht, daß bei jugendlichen Gebärenden durchschnittlich eine Zeit von 18 Stunden gerechnet wird, so muß man sagen, daß hier durch das Alter eine gewaltige Verzögerung eingetreten ist. Vielfach wurde sogar die Geburt noch durch eine Zange abgekürzt. Auch die Häufigkeit der entbindenden Operationen steigt mit dem Alter, und auch hier findet Kashdan bei Frauen

vom 28.—30. Lebensjahr 8%
vom 31.—35. Lebensjahr 15%
vom 36.—45. Lebensjahr 20% Zangenoperationen.

Durch die Rigidität der Gewebe stellen sich im Verlauf der Geburt viele Damm- und Weichteilverletzungen ein. Iljin errechnet, daß Frauen

bis zum 20. Lebensjahr 16%
vom 21.—25. Lebensjahr 26%
vom 26.—30. Lebensjahr 33,3%
vom 30.—35. Lebensjahr 44,4%

mehr oder weniger große Dammrisse erleiden. Ferner sind die Dammrisse der älteren und alten Primiparen viel ernster zu bewerten als die jugendlicher Erstgebärender, denn Fetzer weist an dem Material der Tübinger Klinik nach, daß die Prolapse und vor allem die größeren Vorfälle eine geradezu regelmäßige Folge der Dammrisse der späten Erstgebärenden sind. Frauen, die in jugendlichem Alter gebären, zeigen nur ausnahmsweise Schädigungen durch später auftretende Vorfälle.

Es bleibt aber nicht allein bei den Schädigungen der Mutter; auch das Kind wird durch die Geburt, die so durch die Unnachgiebigkeit der Weichteile sehr verlängert ist, oft erheblich gefährdet. Wenn einmal das Fruchtwasser abgeflossen und der kindliche Kopf tiefer herabgetreten ist, so vermag sich der Uterus sehr zu verkleinern. Damit verkleinert sich aber auch die Haftstelle der Placenta, also die Respirationsfläche der Frucht. Wenn nun die Austreibung in der physiologischen Zeit von ein bis zwei Stunden vor sich geht, so nimmt in der Regel das Kind dadurch keinen Schaden. Findet aber eine erhebliche Verlängerung der Austreibungszeit durch die Dehnungsträgheit oder gar -unfähigkeit des mütterlichen Scheiden-Dammgewebes statt, so kann es zur Asphyxie und zum Absterben des Kindes unter der Geburt kommen. Zweifellos trägt die Hauptschuld an der Schädigung des Kindes die Verkleinerung der placentaren Respirationsfläche neben den Komplikationen durch die Umschlingung und Komprimierung der Nabelschnur, die ebenfalls bei verzögerter Geburt verhängnisvoll werden. Die Zahlen der Asphyxiefälle und Totgeburten nehmen mit der Verlängerung der Austreibungszeit enorm zu und geben den Maßstab für die Bedeutung und Gefahren der Weichteilschwierigkeiten für das Kind.

Die Therapie wird also vor die wichtige Aufgabe gestellt, einmal die Mutter vor Schaden zu bewahren und auf der anderen Seite den großen Verlust an Kindern durch die verzögerte Geburt nach Möglichkeit zu verringern. Wie groß der Verlust an Kindern

ist, die durch Weichteilschwierigkeiten sterben, zeigt eine Berechnung von Seitz. Von den 2 Millionen Kindern, die jährlich in Deutschland geboren werden, erliegen ungefähr 16000 bis 20000 den Weichteilschwierigkeiten der Mutter. Durch eine geeignete Behandlung aber glaubt er, daß davon 12000 gerettet werden könnten.

Eine der Möglichkeiten, die durch die Rigidität der Scheide drohenden Gefahren zu umgehen, ist die Scheidendammincision. Sie verbessert sowohl die Prognose für die Mutter als auch für das Kind, denn wenn man es auf eine Zerreißung des Dammes ankommen läßt, so wird der Riß immer größer und unregelmäßiger als angenommen werden konnte. Nach einer entsprechenden Episiotomie ist weiterhin Zug oder Druck mit der Zange unnötig.

Es lag schon lange nahe, die Komplikation der unregelmäßigen und vielgestaltigen Rißverletzung, wenn sie unvermeidlich schien, durch einen glatten Schnitt zu verhindern. Michaelis machte 1799 die erste Episiotomie, da er befürchtete, daß bei der betreffenden Entbindung eine unvermeidlich große Rißwunde entstünde. Er wollte die Vorteile der Schnittwunde gewinnen und schnitt deshalb mit einem Bistouri den Damm einige Zentimeter in der Medianlinie ein. Später sah er die Patientin bei einer zweiten Entbindung wieder, und er fand den Damm „dünn und nachgiebig mit einer feinen Narbe vortrefflich geheilt". Daher empfahl Michaelis in allen Fällen, wo die Ruptur des Dammes zu befürchten war, den medianen Dammschnitt.

Aber schon Ritgen bediente sich 1836 einer anderen Methode. Er machte viele kleine Einschnitte in den Vulvaring. Wohl schon in Anbetracht der kosmetischen Unschönheit durch die vielen Narben, die er so verursachte, fand er nicht viel Anhänger dieser Operationsmethode. Mehr Anklang fand Eichelberg und Scanzoni. Eichelberg machte 1850 die einseitige Episiotomie und Scanzoni 1852 die doppelseitige, indem er „die großen Labien seitlich vom Frenulum auf 4—5 Linien in der Richtung der Tubera ischii" einschnitt. Cohen empfahl 1861 die subcutane Myotomie. Tarnier entband mit der medio-lateralen Episiotomie, und Chautreuil machte einen λ-förmigen Einschnitt. Credé war für die einseitige Episiotomie, aber er berichtet, daß trotz vorangegangener Incision dennoch Dammrupturen entstanden seien.

Die neueste Methode ist der tiefe Scheiden-Dammschnitt, welcher neben den Vorteilen zur Eindämmung der großen Perinealrupturen noch andere Gesichtspunkte zeigt, wie zum Beispiel Abkürzung der Geburtsdauer und Einschränkung der Zangenindikationen. Ferner will er eine Erleichterung der chirurgischen Eröffnung des Muttermundes bringen. Er wurde erstmalig von Dührsen im Jahre 1890 ausgeführt.

Wie Ritgen's Methode so wurde auch die von Cohen nicht von anderen Operateuren angenommen. Die Einwürfe anderer Autoren aus jenen Zeiten, daß die Wunde zum Infektionsherd werden könnte, fallen mit der Erkenntnis der Antisepsis durch Semmelweiß und mit den Fortschritten der Operationstechnik. Heute ist unter den namhaften Geburtshelfern die Episiotomie fast allgemein als nützlich und gewinnbringend anerkannt. Meinungsverschiedenheiten bestehen jedoch in der Beantwortung der Fragen, wann und wie die Episiotomie gemacht werden soll, und wie tief der Schnitt angelegt werden muß.

Im Folgenden möchte ich einen Überblick geben über die verschiedenen Anschauungen und Ansichten, die sich in der modernen Fachliteratur spiegeln.

Van Tongeren ist der Ansicht, daß immer nur dann eine Episiotomie gemacht werden dürfe, wenn anders mit größter Gewißheit ein Dammriß erfolgen würde. Er bezweifelt jedoch, daß es immer möglich ist rechtzeitig zu erkennen, daß bei nicht ausgeführter Episiotomie ein Dammriß erfolgen würde. Wie oft man sich in der Beurteilung, ob der Damm reißt oder nicht, täuschen kann, zeigt er in seiner Arbeit, deren Unterlagen er dem Material der Amsterdamer Universität entnimmt.

In der betreffenden Klinik gab es zwei Epochen, in denen die Indikation: Episiotomie oder nicht, vollkommen verschieden gestellt wurde. In der ersten Zeit machte man von dem Dammschnitt ausreichenden Gebrauch, wogegen in der zweiten Epoche die Episiotomie möglichst zurückhaltend benutzt wurde. In dem ersten Zeitraum müßten also die häufigen Episiotomien viele Rupturen des Perineums verhindert haben, wogegen in der zweiten Epoche durch die möglichste Einschränkung in der Anwendung der Incision mehr Rupturen entstanden sein müßten.

Dennoch gibt van Tongeren ein anderes Bild. In dem ersten Zeitraum wurden 173 Scheiden-Damm-Incisionen auf 1000

Geburten gemacht, und dennoch entstanden 189 Rupturen. In der dann folgenden Epoche wurden an derselben Klinik bei 1000 Entbindungen 37 Episiotomien vorgenommen und es entstanden 182 Rupturen. Zu beiden Zeiten sah man dort also gleich viel Dämme reißen, trotzdem einmal fast die fünffache Anzahl Incisionen gemacht wurde. (Daß in der zweiten Zeitspanne noch 7 Rupturen weniger vorkamen, ist bei 1000 Geburten wohl nicht weiter schwerwiegend.)

Van Tongeren berichtet dazu aber, daß Credé und Colpe ein anderes Ergebnis bekannt gaben, denn als diese Autoren 10,3 % Dammincisionen machten, entstanden 20,7 % Perinealrupturen. Als sie dazu übergingen mehr Gebrauch von der Episiotomie zu machen und von 100 Patientinnen 32 incidierten, ergaben sich nur noch 7,2 % mehr oder weniger große Dammrisse.

Außerdem stellten van Tongeren als auch späterhin Kun durch Nachuntersuchungen fest, daß die Episiotomienarben viel häufiger dauernde Schmerzen hinterlassen, als die Narben der Dammrisse. Die Beschwerden kommen vor sowohl beim Druck auf die Stelle als auch beim Sitzen. Ebenfalls sind die Narben beim Gehen und inter coitum empfindlich, ja es kamen sogar Beschwerden vor über Schmerzhaftigkeit während der Menstruation. Van Tongeren sucht hierfür eine Erklärung und meint, daß ein Riß viel eher den Weg zwischen Muskelbälkchen hindurch findet als ein Schnitt. Denn der Schnitt kennt nur den geraden Muskel- und Nervenfasern durchtrennenden Weg.

Bei der Frage, wann nun überhaupt noch eine Episiotomie zu machen sei, stellt sich van Tongeren auf den Standpunkt, daß man zunächst einmal ruhig abwarten soll, bis sich der Beginn einer Ruptur des Dammes zeigt. Wenn in diesem Augenblick aber der größte Umfang des kindlichen Schädels schon geboren ist, dann entscheidet er sich für eine weitere konservative Durchführung der Geburt. Ist aber der Riß eingetreten, bevor die größte Circumferenz des Schädels den Vulvaring passierte, dann entschließt sich van Tongeren zu einer Episiotomie in letzter Minute, denn dann fürchtet er doch mehr die Folgen eines totalen Dammrisses als die Nachteile einer Episiotomie. Er macht nun auf dem Höhepunkt der nächsten Wehe, da dann die Frau am wenigsten den Schnitt spürt, eine medio-

laterale Incision, indem er die entstandene Rißstelle als Schnittanfang benutzt. Er führt dann den Schnitt weiter in Richtung zum Tuber ischii. Bei der späteren Vernähung des Dammschnittes hat er nie Schwierigkeiten gehabt, da sich die verschiedenen Schichten gut erkennen ließen, die er durch die Naht zusammenfügen mußte.

Van Tongeren wendet aber auch die Incision in der Medianlinie an, wenn die Patientin sich früher schon einmal einer Prolapsoperation mit Perineoplastik unterzogen hat. Dann scheut er die durch den mediolateralen Schnitt und dessen Vernarbung entstehende Verzerrung des Dammes. Er spaltet also dann das Septum recto-vaginale so weit und tief wie nötig.

Von einer gänzlich anderen Auffassung zeugt die Ansicht Bucura's. Er berichtet, daß in der Wiener allgemeinen Poliklinik seit 1½ Jahrzehnten eine vorzeitige bezw. rechtzeitige Episiotomie gemacht wird. Aber man macht dort den „Scheiden-Dammschnitt nicht aus der klassischen Indikation des drohenden Dammrisses, sondern wegen der drohenden Überdehnung des Geburtsschlauches". Er geht davon aus, daß die Überdehnung der Beckenbodenmuskulatur einen außerordentlichen Schaden für die Mutter mit sich bringt. Wenn der Operateur an dieser Klinik annehmen muß, daß der vorliegende Kindsteil an dem weichen Beckenboden voraussichtlich stark behindert, und wenn diese Weichteile so stark geschädigt werden würden, daß Scheiden- und Beckenbodenmuskulatur durch die gewaltsame Dehnung nicht sich rückbildende Veränderung erleiden, dann macht er einen genügend großen Schnitt, der mindestens in der Scheidenmitte beginnt und eine dem Bedarf entsprechende Tiefe erreicht. Der Schnitt wird so gelegt, daß er den gesamten Constrictor cunni und nicht selten auch mehr oder weniger große Teile des Levator ani durchtrennt. Der Schnitt liegt in der Medianlinie und „weicht dem Mastdarm knapp links aus". Wird diese rechtzeitige Episiotomie, die einen Entlastungsschnitt für das Stützgewebe der Geburtswege darstellt, im gegebenen Augenblick und den gegenwärtigen Verhältnissen entsprechend ausgiebig angelegt, so werden nicht nur durch sie Vorfälle und Senkungen mit absoluter Sicherheit vermieden, sondern auch die Austreibungszeit wird wesentlich abgekürzt, wodurch so gut wie jeder Ausgangsforceps sowie jede Gefährdung des kindlichen Lebens durch zu straffe mütterliche Weichteile vermieden wird.

Ganz ähnlich ist die Ansicht von Seynsche über die Episiotomie und den Dammschutz. Er berichtet von 200 Erstgebärenden, die er in Rückenlage und ohne jeglichen manuellen Dammschutz entbinden ließ. Die Lagen der Frucht waren meist regelrechte Hinterhauptslagen und nur je einmal kam eine Gesichtslage und Vorderhauptslage und 5 Steißlagen vor. Das Ergebnis seiner Beobachtungen war, daß keine häufigeren und größeren Dammrisse entstanden als bei Geburten mit ausgeführtem manuellen Dammschutz. Es entstanden nur 8 Dammrisse II. Grades. Oft wenn der Kopf den Damm bis zum äußersten dehnte und mit einer großen Ruptur gerechnet werden mußte, dann entstand nur im Moment, wenn der Kopf blitzschnell vorschoß, eine ganz kleine Rißverletzung. Außerdem beobachtete er, daß der letzte Teil der Austreibungszeit kürzer war als bei Geburten mit manuellem Dammschutz. Dies führt Seynsche darauf zurück, daß die Frauen ihre ganze Kraft auf die Preßwehen konzentrieren konnten und nicht dauernd durch die durch den manuellen Dammschutz entstehenden Schmerzen abgelenkt wurden. Der Schmerz wird ja besonders stark für die Mutter, wenn die Hebamme ihren ganzen Ehrgeiz darein setzt unter allen Umständen einen erhaltenen Damm zu haben, da sie dann den Kopf immer wieder zurückhält und Scheideneingang und Damm mit den Fingern spreitzt und wieder zusammenzieht.

Ferner beobachtete Seynsche, daß bei vielen Frauen der häutige Damm vollkommen erhalten wurde, wogegen der muskuläre Teil des Beckenbodens durch Überdehnung vollkommen zerrissen war. Diese Frauen wiesen dann später mehr oder weniger große Vorfälle und Senkungen auf und klagten über Beschwerden. Dem gegenüber sah Seynsche andere Frauen mit großen Rissen und Episiotomien, die nicht eine Spur von Senkung und anderen Beschwerden zeigten.

Seynsche schlägt deshalb vor, bei Erstgebärenden mit elastischem Damm und offenbar schnellem Durchtritt des Kopfes den Damm reißen zu lassen, oder aber, und das scheint ihm noch besser, die mediane Episiotomie zu machen, um dadurch Gewebs- und Beckenbodenmuskulaturschädigungen vorzubeugen und günstige Nahtverhältnisse zu schaffen. Er will dies nicht mehr mit Dammschutz sondern mit Dammhilfe bezeichnet wissen. Wenn der Kopf nicht mehr zurückweicht, oder wenn der Damm sich bei

sichtbarem Kopf stark vorwölbt, legt er eine mediane Incision, die bis zum Sphincter gehen kann, auf dem Höhepunkte einer Wehe an.

Aus seiner Anschauung folgt das paradoxe Ergebnis, daß man dem Damm am besten hilft, indem man ihn durchschneidet.

Zu Seynsche äußert sich Sellheim folgendermaßen: „Rationell kann ein Damm nur in zwei Richtungen geschützt werden. Erstens dadurch, daß die Frau ihr Kind rechtzeitig, das heißt in relativ jungen Jahren bekommt, dann schützt sich der Damm durch Weiterwachstum und Weiterstellung von selbst. Zweitens, ist das Geburtsoptimum durch unsere Kulturverhältnisse überschritten, dann gibt der Damm eben nicht mehr freiwillig nach, und man muß es darauf ankommen lassen, ob er offen oder subkutan überdehnt wird und reißt, wenn man nicht durch einen frühzeitig ausreichenden Schnitt zuvorkommen will. So wird auch hier, wie so oft an anderer Stelle, ein Kulturschaden (zu langes Brachliegen der Frau) durch eine Kulturerwerbung (die Geburtshilfe mit ihrem Dammschnitt) wieder gut gemacht. Die Entscheidung ob man einschneiden oder abwarten soll, ist nicht leicht, selbst der Geübte steht immer wieder unter dem Eindruck des Erfolges vom letzten Male."

1927 schreibt Solms über die Scheiden-Dammspaltende Entbindung und ihren Wert bei der Gesichtslage, da diese eine pathologische Verlängerung und Erschwerung des Austrittes der Frucht hervorruft. Durch diese, durch die Enge der Weichteile bedingte Verzögerung, wird manche Spätschädigung und sogar Totgeburt des Kindes verursacht.

Von Pathologen und Kinderärzten auf dem Düsseldorfer Kongreß 1926 wurde gerade darauf allgemein hingewiesen, daß sich bei erschwerter Weichteilsgeburt Differenzen zwischen dem Intrauterin- und Außenweltdruck bilden, die bei rigidem Muttermund und Damm Krampfwehen mit Zirkulationsstörungen bei der Frucht auslösen. Als Folge des partial gesteigerten Druckes sind demgemäß auch bei Spättodesfällen Gehirnhämorrhagien, Lymph- und Blutextravasate innerhalb des Schädelraumes gefunden worden, auch Tentoriumzerreißungen konnten nachgewiesen werden. Weiter wird nahegelegt, daß auch die sogenannten angeborenen motorischen Erkrankungen des Zentralnervensystems: Porencephalie, diffuse oder lobäre Verödungsprozesse, Sklerosen des

Großhirns, epileptische Idiotie, Little, Virchow'sche Encephalitis neonatorum, auf einfache Druckdifferenzen bei verlängertem Austritt der Frucht zurückzuführen sind."

Diese Ausführungen sind geeignet die Mortalitätsziffer unter der Geburt zu erklären. Erst recht aber könnten sie eine Erklärung für die noch erhöhte Sterblichkeit der Kinder sein, die in Gesichtslage geboren werden, da hier die Austrittszeit durch die Deflexion noch verzögert wird. Solms jedoch glaubt, daß er nicht in der Druckdifferenz zwischen Intrauterin- und Außenweltdruck den Grund für die hohe Sterblichkeitsziffer des Kindes suchen und finden kann. Für ihn liegt die Begründung in der Komplikation, die die Nabelschnur bei derartigen Kindeslagen mit sich bringt. Von Winkel beziffert die Nabelschnurumschlingungen um den Hals der Kinder mit 45 % bei Gesichtslage, wogegen bei der physiologischen Hinterhauptslage nur bei 25 % der Geburten derartige Nabelschnurumschlingungen vorkommen. Aber bei der Hinterhauptslage ist die Nabelschnurumschlingung dazu auch nicht so gefahrvoll für das fetale Leben, weil es erst dann zu einer Kompression kommen kann, wenn der Kopf zum größten Teile geboren ist, und der Nacken den Drehpunkt für den Kopf um die Symphyse bildet. „Bei der Gesichtslage wird dagegen, durch die Umkehr der Verhältnisse, die Schnur um den Hals schon komprimiert, sobald das Kind unterhalb der Urethra hervorgetreten ist, wenn der gesamte Kopf noch im Weichteilbecken steckt, und die auf das äußerste angespannten Scheidenteile und Symphysenhinterwand noch gegen Hals und Kopf des Kindes pressen."

Die Zahlen für die Geburtsverlängerung bei Gesichtslage gibt von Steinbüchel mit 1¼ Stunden bei Mehrgebärenden und mit 3 Stunden bei Primiparen an. In dieser Zeit müßte natürlich bei komprimierter Nabelschnur das Kind an Erstickung zu Grunde gegangen oder mindestens äußerst stark asphyktisch geworden sein. Auch für die Mutter bringt die Gesichtslage große Gefahren, denn der Grund für die Entstehung großer und gar kompletter Dammrisse ist viel eher gegeben als bei Hinterhauptslage, deren Durchtrittsplanum ca. 2,5 cm kleiner ist, als das der ersteren.

Aus diesen Gründen ist nach Solms eine Episiotomie zwecks schnellster Geburtsbeendigung indiciert, wenn das kindliche Kinn sichtbar, und die Nabelschnur somit in die gefährliche Kom-

pressionszone kommt. Die Zuhilfenahme der Zange, wenn der Kopf noch im Becken ist, wird von ihm als Gefahr für Mutter und Kind angesehen und deshalb abgelehnt.

Bei der Ausführung der Incision greift Solms bei entfaltetem Damm auf die von Chautreuil ausgeführte λ-förmige Episiotomie zurück. Er macht zunächst einen Einschnitt in der Medianlinie, den er so tief und groß wie nötig anlegt. Im Bedarfsfalle, das heißt wenn ein Weiterreißen in den Darm befürchtet werden müßte, macht er mit zwei Schnitten rechts und links vom Anus „Kerben", die es ihm ermöglichen, den Darm nach hinten abzuklappen und den Sphincter ani zu schützen.

Die Naht nach erfolgter Entbindung wird in mehreren Schichten ausgeführt, und der Kreuzungspunkt der Schnitte findet Benutzung zur vorübergehenden Drainage der Wunde. Solms steht auf dem Standpunkt, daß dieser Schnitt den physiologischen Verhältnissen am nächsten kommt. Die Blutung wird von ihm als gering und die Heilung als per primam bezeichnet. In dieser Methode sieht Solms also die Möglichkeit durch Incision den Geburtsschlauch so zu eröffnen, daß bei folgender Extraction mit oder ohne Zange „Weichteileinrisse oder gar eine Scheiden-Dammruptur unmöglich sind".

Diesen medianen λ-artigen Schnitt führt er bei allen Zangen bei tiefer stehendem sichtbaren Kopf aus, wenn der Damm schon vollkommen entfaltet ist. Er benutzt aber auch die mediolaterale Episiotomie Dührssen's bei der einseitig der Levator ani und Bulbocavernosus mediolateral durchtrennt wird, wenn eine Zange an einen Kopf, der den Damm noch nicht entfaltet hat, ausgeführt werden muß.

Eine außerordentliche tiefe und große Incision verlangt Rieck. Er macht durch den Beckenbodenschnitt den einen Schenkel des rechtwinkeligen Geburtsschlauches vollkommen auf. Er wählt einen Schnitt, der den Damm mit dem Levator ani gänzlich durchtrennt und nach dem Damm zu bis in die Nähe des Steißbeinendes geht. Anschließend an den Schnitt nimmt er dann sofort die Extraction vor. Auch bei komplizierteren Fällen soll dieser Schnitt die Entbindung erleichtern, so kann er zum Beispiel bei einer Rückenendlage den Steiß mit beiden Händen fassen und herausholen. „Das gelingt nur dann nicht, wenn der Steiß sehr stark entwickelt ist und so hoch steht, daß man die hintere Hand

bis über die Knöchel oberhalb des Kreuzbeinendes einführen muß. In einem solchen Fall kann der Druck von oben allein genügen, oder es muß der stumpfe Haken, aber nicht als Zug- sondern mehr als Leitinstrument, etwa wie ein Schuhhorn benutzt werden."

„Die Zange, — es handelt sich selbstverständlich nur um mehr oder weniger hohe Zangen — muß immer gelingen, gleichgültig wie die Kopfnähte verlaufen." Denn nun braucht man ja nicht mehr kunstgerecht im Dunklen die Zange anzulegen. Der Operateur sieht jetzt den Kopf des Kindes vor sich und legt die Zange nach seinem Gutdünken an.

Rieck macht diesen Schnitt vor allem dann, wenn die Entbindung eilt und keine Verzögerung durch die langwierige Austreibungszeit mehr duldet. Hier stellt er also den tiefen Beckenbodenschnitt dem abdominalen Kaiserschnitt gegenüber und zieht den ersteren vor, zumal da er der Ansicht ist, daß diese Incision auch im Privathause ausgeführt werden kann und den großen Apparat des Kaiserschnittes nicht bedarf.

Dieser Schnitt ist also radikaler als die einfache Episiotomie. Denn die Episiotomie beseitigt den Scheidenschluß, dieser tiefe Scheiden-Dammschnitt aber will sämtliche Hindernisse nehmen, die der weiche Beckenboden überhaupt nur bringen kann, „und das wird erreicht durch die Verlängerung des anderen Schnittes um wenige Zentimeter nach der Scheide und nach dem Damm zu".

Martin nimmt Stellung zu dieser Operationsmethode und warnt geradezu davor, dem praktischen Geburtshelfer zu diesem Schnitt zu raten, da er in der Hand des geübten Operateurs etwas Gutes bedeutet, aber wenn der Schnitt einmal nicht glatt heilt, so bildet er durch die Größe der Verwundung des Beckenbodens für die Frau ein ernstes Ereignis.

Im Jahre 1932 kommt Rieck nochmals auf seine tiefe Episiotomie zurück. Er hat bisher 23 mal den tiefen Beckenbodenschnitt angewandt, und nachdem er schon früher über seine Erfolge berichtet hat, tritt er nun wieder für diese seine Methode ein. Indikation ist die Entbindung der alten Erstgebärenden, mittelhohe und hohe Zangen besonders bei Deflexionslagen, um mit 100 % Sicherheit das Leben des Kindes zu ermöglichen. Außerordentlich bewährt hat sich auch der tiefe Schnitt bei Steißlagen, denn es ist so möglich, den Steiß allein durch einen

manuellen Druck auf den Kopf zu entwickeln. Den Druck von oben her bezeichnet er für die sowieso erleichterte Entwicklung der Arme, der Schultern und des Kopfes als besser, als den Zug von unten. Auch bringt die Eröffnung des kleinen Beckens von unten her sowohl die Mutter als auch das Kind in kleinere Gefahr als der Kaiserschnitt. Spätere Geburten werden durch diese Operationswunden, deren Heilungstendenz gut ist, nicht behindert. Dies beweist der Verfasser an seinen Fällen, denn es waren schon über 50 % der so entbundenen Patientinnen wieder niedergekommen, und sie waren alle ohne ärztliche Hilfe entbunden, und nur zwei der Fälle hatten einen kleinen medianen Dammriß. Von seiten der alten Narbe konnte keinerlei Einwirkung auf den Geburtsverlauf festgestellt werden. Außerdem zeigte dieser Schnitt nie wie genähte oder schrumpfende Dammrisse die Disposition zum Prolaps.

In Bezug auf den Kaiserschnitt ist natürlich diese Methode in kosmetischer Hinsicht wegen der Verborgenheit ihres Sitzes vorzuziehen, und erst recht ist sie „einer Narbe von der Größe des Dörfler'schen Kaiserschnittes bei seiner völligen Eventration der unentleerten Gebärmutter überlegen, was wohl neben allem anderen dazu beiträgt, bei der Frau in keiner Weise den Gedanken an einen Geburtsstreik aufkommen zu lassen. Sie hat ja von dem ganzen Verfahren keinen anderen Eindruck als den, daß sie eine Zangen- bezw. Steißentbindung mit genähten Dammrissen durchgemacht hat".

Wie Winter sagt Bardenheuer: „Man soll die Episiotomie nicht prinzipiell zu einem Dammschutzverfahren erheben, sondern den Damm mit Sachkenntnis, Geduld und Kunst zu erhalten suchen, darin kann man Meister werden."

Zur Methodik der Episiotomie äußert sich Ciccaglione, indem er die Vorzüge der Waldstein'schen Episiotomie hervohrhebt. Sie besteht zuerst in einem quer angelegten Schnitte zwischen der hinteren Commissur und dem Rectum. Dieser Schnitt durchtrennt nur die Haut und das Unterhautzellgewebe. Dann macht der Operateur einen zweiten Schnitt, der den Damm in der medianen Linie bis zum früher angelegten queren Schnitt durchtrennt. So stellen also die beiden Schnitte ein umgedrehtes T dar. Der erste Schnitt soll den Vorteil haben, eine Ruptur bis zum Anus unter allen Umständen verhindern zu können. Cic-

caglione und Waldstein legen diese Episiotomie prophylaktisch an.

Nach Ciccaglione setzt sich als nächster Colombino mit der Episiotomie auseinander. Er hat den Scheiden-Dammschnitt vor allem bei Erstgebärenden systematisch angewandt. Er benutzte ein Incision, die er in der Regel zunächst oberflächlich anlegte, dann aber dem jeweiligen Bedarf entsprechend bis hoch in das Scheidengewölbe verlängerte und vertiefte. In einem Zeitraum von fünf Jahren hatte er auf diese Art 99 Primipare operiert. Bei diesen 99 Patientinnen machte Colombino 41 mal eine oberflächliche, einseitige Episiotomie, 8 mal incidierte er mit kleinem Schnitt beiderseitig, aber er mußte auch 20 mal einen tiefen Dammschnitt mit kleinerem Scheidenschnitt und gar 30 mal einen ausgedehnten, tiefen Scheiden-Dammschnitt machen. Unter diesen so entbundenen Frauen waren 7 Mehrgebärende, bei denen, wegen der Unnachgiebigkeit des Geburtsschlauches, durch eine früher gemachte plastische Operation, eine Incision gemacht werden mußte. Eine außerordentliche Erleichterung erfuhren durch den Scheiden-Dammschnitt die entbindenden Operationen, wie zum Beispiel hohe Zangen, Wendung und Extraction, Extraction am Steiß und auch die Dehnung oder Incision des Muttermundes.

Welche Erfolge aber hatte er mit der Heilung! 96 mal sah er eine Heilung per priman intentionem. Nur bei drei Patientinnen war die Heilung durch Sekretverhaltung gestört. Aber auch hier war später der Enderfolg nicht beeinträchtigt. Keine der Frauen bekam einen Prolaps, und deshalb empfiehlt Colombino eine geradezu systematische Anwendung der Episiotomie als ausgezeichneten und einzigen Schutz gegen Weichteilverletzungen und Zerreißungen des Geburtsschlauches und als prophylaktische Operation gegen den Vorfall.

Nach Mathieu ist die Episiotomie die einzige Möglichkeit den Damm zu schützen und die Geburtsarbeit in der Austreibungszeit zu erleichtern. Credé und Dührssen waren die ersten, die wie Mathieu als beste Methode die linksseitige Scheiden-Dammincision empfehlen. Durch die Durchschneidung des Dammes in der raphe perinei ist nur eine geringfügige Vergrößerung der Scheide gestattet. Wenn aber eine Vergrößerung des Beckenausganges indiciert ist, dann muß die mediolaterale Episiotomie nach seiner Ansicht angewandt werden. In Ausnahmefällen ist er aber bereit in der Mittellinie zu operieren und den Sphincter

ani zu durchschneiden, — was die deutsche Schule gewiß ablehnen wird. Über die Ausführung der Episiotomie schreibt er: „Wir warten nicht bis zum letzten Augenblick, sondern wir dehnen die weichen Partien des Scheideneinganges mit den behandschuhten Fingern, welche mit grüner Seife bestrichen sind. Die Episiotomie wird gemacht, bevor die größte Dehnung schon statthat."

Die Episiotomiewunde näht er sofort schichtweise mit Catgut, während er zur Vereinigung der Dammwunde Michelklammern benutzt.

Im gleichen Jahre schreibt ebenfalls Gonzales über die Indikationen der Episiotomie und die Technik der Episioraphie. Wenn beim Durchtreten des Schädels die Rigidität des Scheidenausganges und des Dammes und die Brüchigkeit des Gewebes einen Riß erwarten lassen, so muß nach seiner Ansicht die Episiotomie ausgeführt werden. Aber auch, wenn durch diese Unnachgiebigkeit des Geburtenschlauches eine Verzögerung der Geburt eintreten kann, so ist die Indikation zur Incision des Dammes gestellt. Die das Kind austreibenden Kräfte und die Widerstände durch die Rigidität der Weichteile, sowie die Erforderlichkeit der Incision von materneller wie fetaler Seite aus, werden also in eine Art mathematischer Relation gestellt.

Gonzales zieht bei der Frage, welche Incision nun zu machen ist, die laterale der Episiotomie in der Medianlinie vor. Bei der Naht sucht er möglichst die physiologischen Verhältnisse des Beckenbodens wieder herauszustellen, indem er zuerst tiefe Muskelnähte legt und dann durch tiefgehende Zügelnähte das lockere Bindegewebe wieder aneinander preßt, ohne eine Belastung auf die Wundränder auszuüben. Endlich schließt er die Hautränder durch zahlreiche kleine Knopfnähte. Nach 6 Tagen schon kann er die Fäden ziehen.

Auch Mordwinkin begegnet der funktionellen Minderwertigkeit des Gewebes und der Dammuskulatur durch eine vorzeitig vollzogene Episiotomie. Er jedoch will die funktionelle Vollwertigkeit der Dammuskulatur, die im Moment des Durchschneidens des Kopfes durch subkutane Risse geschädigt wird, durch eine mediane Dammincision erhalten. Denn die Vollwertigkeit wird durch diesen Dammschnitt am sichersten und schnellsten wieder hergestellt. Nach dem Dammschnitt sah Mordwinkin

ein Klaffen der Naht der Muskulatur in 3,4 % aller Episiotomien, wogegen er nach genähtem Dammriß bei 55,6 % der Entbundenen ein Klaffen der Muskulatur vor sich hatte. Auch Puerperalerkrankungen konnten wesentlich weniger nach einer Episiotomie als nach einem Dammriß festgestellt werden. Unter 1000 Entbindungen mit Episiotomie gab es 2 Totgeburten, wogegen unter denselben Bedingungen beim Dammriß 11 Totgeburten auftraten. Zur schnellen Geburtsbeendigung sowohl bei mütterlichen als auch bei kindlichen vitalen Indikationen, wie zum Beispiel bei Nabelschnurkompressionen, bei Verlangsamung der fetalen Herztöne als auch bei Kollaps, Eklampsie und Herzkrankheiten bleibt der Scheiden-Dammschnitt die beste Methode. Ebenfalls ist durch Anwendung der Episiotomie die Verhinderung von Scheiden-Darm-Fisteln sowie das Auftreten von Scheidenhämatomen unmöglich gemacht. Der Dammschnitt kann also die letzte Geburtsphase wesentlich verkürzen, das Durchschneiden des Kopfes beschleunigen, die Kräfte der Mutter erhalten, und dazu ist er als humaner Eingriff für die Mutter anzusehen.

Dann befaßt sich Mordwinkin mit der Konstitution der Gebärenden bei denen ein Dammschnitt indiziert ist und bei denen ein Dammriß auftritt. Den größten Prozentsatz von Dammrupturen und erfolgten Episiotomien findet man bei Frauen mit ausgesprochen asthenischem Körperbau. Wesentlich geringer ist der Hundertsatz bei pyknischen Frauen. Bei letzteren hat er auch immer eine sehr schnelle Heilung per primam intentionem gesehen. Aber nach erfolgter Episiotomie verlief diese um 13,8 % besser. Bei athletischen Frauen war es niemals nötig eine Scheiden-Dammincision anzulegen, auch gelangte kein Fall von spontaner Ruptur des Perineums zu seiner Kenntnis.

Garufi ist ebenfalls ein Vertreter der Ansicht, daß die prophylaktische Episiotomie sowohl bei vorhandener Rigidität des Geburtsschlauches zur Verhütung einer Perinealruptur als auch gegen den dadurch zumeist entstehenden Prolaps des Uterus angezeigt ist. Je nach der gerade vorhandenen Weite des weichen Geburtsweges, ist ein Einschnitt zu machen, der aber nur so groß und tief sein darf wie absolut nötig ist. Denn, meint Carufi, bei einer Episiotomie ist genau, wie bei einem etwa auftretenden Dammriß, die Einteilung in drei Grade zu treffen. Bei einer Primiparen, bei der die Indikation zur operativen Entbindung gegeben ist, bevorzugt er die laterale Scheiden-Damm-Incision.

Bei Beantwortung der Fragestellung, wann und wie eine Episiotomie ausgeführt werden soll, setzt Novak sich zunächst mit dem manuell ausgeführten Dammschutz durch die Hebamme auseinander, und will diese konservative Behandlung des Dammes nicht überschätzt wissen. Aus den Erfahrungen, die er bei den Bemühungen der Hebammen, den häutigen Damm zu erhalten, gemacht hat, folgert er, daß sich oft geradezu verhängnisvolle Auswirkungen für Mutter und Kind ereignet haben. Für die Ätiologie des Prolapses spielt die Zerreißung des Dammes keine Rolle. Dies belegt er durch die Tatsache, daß Frauen mit kompletter Ruptur fast nie am Vorfall erkranken. Novak sieht vielmehr die Ätiologie des Prolapses in „Zerreißungen des Septum vesico- et recto-vaginale", sowie in Dehnungen der Beckenbodenmuskulatur. Diese aber entstehen vor allem in den Bemühungen den Damm zu erhalten, wodurch auch die Schlußphase der Austreibungsperiode erheblich vergrößert wird. Aber es werden nicht nur die genannten bindegewebigen Septen, sondern auch der Levator ani geschädigt, und sogar für das Kind befürchtet Novak durch die mechanische Gewalt von seiten der Hebamme eine laesio intracranialis im letzten Augenblick der Geburt. Alle diese Gründe ergeben die Indikation zur Anlegung einer frühzeitigen Perineotomie. Bei hohem Damm, nicht zu großem Kopf und weitem Schambogen durchschneidet er den Damm in der Medianlinie. Hat die Patientin aber einen niedrigen Damm oder einen engen, spitzwinkeligen Schambogen, und ergibt die Untersuchung einen großen kindlichen Kopf, so zieht er die laterale Episiotomie vor. Auch Novak benutzt zur Entbindung schwieriger Kindslagen, zum Beispiel bei der Steißlage, die tiefe Episiotomie und erkennt ihren Vorteil zur erleichterten Entbindung an.

Großen Wert will er gelegt wissen auf die sorgfältige Ausführung der Naht all dieser Schnitte. Nach exakter Naht sieht man immer eine Heilung per primam. Findet aber dennoch einmal eine Dehiscens der Episiotomienarbe statt, so sucht Novak den Grund in schlechter technischer Durchführung der Naht. Dann jedoch muß frühzeitig eine Sekundärnaht gemacht werden mit weit ausgreifenden Stichen, die in großen Abständen und nur in einer Schicht liegen, die dann doch noch zu einem guten Endergebnis führt.

Im Jahre 1934 schrieb Massimi über die Indikation der Episiotomie, man möge zunächst einmal ruhig abwarten, wenn

der kindliche Kopf auf den Beckenboden drückt und der Damm sich auszieht, ob die Vulva sich der Größe des kindlichen Kopfes entsprechend erweitert, oder ob sie ein Hindernis für die letzte Phase der Austreibungsperiode bildet. Wenn die üblichen Handgriffe zur Entwicklung des Kindes ergebnislos verlaufen, ist eine Episiotomie unerläßlich. Als falsch sieht er es an, nun mit Hilfe der Zange den Durchtritt des Kopfes erreichen zu wollen. Der persönlichen Anschauung eines jeden Geburtshelfers will er es überlassen, ob er die Episiotomie, einen kleinen oberflächlichen Einschnitt, anwenden will zum Zwecke der Verkürzung der Austreibungsperiode und zur Vermeidung kleinster Risse. Ist aber die kindliche Prognose unsicher, oder besteht berechtigte Annahme zum Riesenwuchs, so daß der Durchtritt der Schultern Schwierigkeiten machen würde, dann hält er einen Scheiden-Dammschnitt für dringend indiziert.

Eine ausgedehnte Erfahrung konnte Nugent bei Zangenentbindungen mit und ohne Episiotomie bei Erstgebärenden sammeln. Von 202 Erstgebärenden wurden 130 mit Hilfe der Episiotomie und 72 ohne Dammschnitt entbunden. Bei einer vergleichenden Betrachtung der Morbidität lag jedoch der höhere Prozentsatz der Erkrankungen im Wochenbett auf seiten der mit Episiotomie entbunden Primiparen. Aber dies Ergebnis darf nicht zu einer Verurteilung des Dammschnittes führen, wenn man berücksichtigt, daß wenn incidiert wurde, es sich vielfach um viel schwerere Fälle und um längere Geburtsdauer oder Komplikationen anderer Art handelte.

Bei der Frage der Lage des Einschnittes wurde meist die mediolaterale Episiotomie bevorzugt und in 84,6 % der Fälle ausgeführt. Der von der Raphe perinei abweichende Schnitt verhindert am sichersten den Dammriß dritten Grades und die damit fast regelmäßig erfolgende Infektion der Wunde. Nur 15,4 % der Primiparen, die keinen so weitgehenden Dammschnitt benötigten, und bei denen mit Sicherheit die Möglichkeit des Weiterreißens in den Anus hinein verneint werden konnte, wurden median incidiert.

Der spätere Heilungserfolg bei Dammschnitten war infolge der glatten Schnittflächen viel größer als bei den vielfach zackigen und meist größeren Rissen. Trotzdem hält der Verfasser es nicht für erforderlich, grundsätzlich die Episiotomie anzulegen, sondern nur bei mit Gewißheit drohender Perinealruptur. Aber da die

Kurve des Dammrisses gleichmäßig mit der Kurve des Alters der Patientinnen steigt so wird auch die Incision mit dem zunehmenden Alter der Primiparen immer notwendiger.

Die letzte Arbeit, die ich noch heranziehen möchte, ist die von Heidler über seine Einstellung zur prophylaktischen Episiotomie. Gewiß erkennt Heidler das Bestreben der Hebammen, durch den Dammschutz den Damm ganz zu erhalten, an. Oft wird ihnen auch ein Erfolg beschieden sein und vor allem, je größere Erfahrungen sie hierin gesammelt haben. Aber „hier wird sicherlich oft des Guten zuviel getan, so daß man nicht mehr von Dammschutzkunst, sondern von übel angebrachten Künsteleien sprechen muß. Angesichts dieser Übertreibungen muß man sich die Frage vorlegen, ob denn das, was man hier mit heißem Bemühen zu erhalten trachtet, so kostbar, so wertvoll ist". Heidler will also nicht den Wert des richtigen Dammschutzes leugnen, er warnt vielmehr nur vor den häufigen Übertreibungen und will den Wert einer frühzeitigen Episiotomie ins rechte Licht rücken.

Die Beibehaltung der physiologischen Lage der weiblichen Geburtsorgane wird in erster Linie durch den muskulären Beckenboden garantiert. Natürlich kann auch die Bedeutung der Fascien nicht bestritten werden. Da es im Verlaufe jeder Geburt zu einer äußersten Belastung der Beckenbodenmuskulatur kommt, kann, bei einer langdauernden Austreibungszeit, deren Schädigung durch Überdehnung gar nicht ausbleiben. Würde die Muskulatur rigide sein und deshalb reißen, so ist die Gefahr eines späteren Genitalprolapses längst nicht so groß, wie nach der Dehnung der Muskulatur bis zum letzten, die es ihr nicht gestattet ihre Festigkeit, die ante partum bestand, wiederzufinden. Bei dem mit so viel Kunst ausgeführten Dammschutz wird aber nur der häutige Teil des Beckenbodens vor Schädigungen bewahrt, wogegen sich unter dieser unverletzten Hautschicht schwerste Quetschungen, Zerrungen und vielleicht sogar Zerreißungen der tiefen Muskelschichten finden lassen, die nie wieder herstellbar sind. Aber gerade auf diesen Noxen beruht die Ätiologie der meisten Genitalprolapse. Dies belegt Heidler damit, „daß bei Virgines, die Vorfälle, sogar Totalprolapse aufweisen können, als ursächliches Moment eine Spina bifida mit der dadurch bedingten mangelhaften Ausbildung der Stützorgane gar nicht so selten gefunden wird."

Es muß also der Geburtshelfer vielmehr darauf bedacht sein, eher diese Teile des Stützgewebes zu erhalten und vor langdauernden Noxen zu bewahren als das „funktionell minderwertige" häutige Gewebe des Dammes. Er wird die prophylaktische Episiotomie wählen müssen. „Damit soll nicht gemeint sein, daß bei jeder Erstgebärenden ein Scheiden-Dammschnitt gemacht werden soll, obwohl prinzipiell dagegen kein Einwand besteht." Aber immer dann, wenn man den Riß und die subkutanen Schädigungen der Muskulatur erwarten muß, ist die Episiotomie vorzeitig auszuführen.

H e i d l e r gibt der paramedianen Methode den Vorzug, da durch diese Schnittlage ein Weiterreißen in den Anus hinein ausgeschlossen wird. Die spätere technisch einfache Episioraphie läßt die anatomischen Verhältnisse wiederherstellen, und der „schichtenweise Verschluß der Schnittwunde" ist zu wählen. Die Heilung erfolgt trotz der Nähe des Anus und trotz der bakterienhaltigen Benetzung der Wunde per primam.

Der maternellen Indikation zur Episiotomie muß noch die fetale gegenübergestellt werden. Das Kind wird durch den Scheiden-Dammschnitt vor Pressung und Schnürung durch die mütterlichen Weichteile, die meist Schädeltraumen und Asphyxie zur Folge haben, bewahrt. Ebenfalls ist auch die durch die Episiotomie erreichte Verkürzung der Austreibungszeit und Beendigung der Geburt für das Kind erstrebenswert.

All diese Verfasser sind sich einig in dem Bestreben durch die Ausführung der Episiotomie einen vorteilhaften Beitrag für die letzte Geburtsphase dem mütterlichen Genitaltraktus zu leisten, nur in der Art der Ausführung bestehen Unterschiede, obwohl sich die meisten für die frühzeitige laterale oder mediolaterale Eröffnung des Geburtsschlauches entscheiden.

Die Natur, die dem Weibe die Möglichkeit zur Schenkung neuen menschlichen Lebens verliehen hat, hat wohl auch in den meisten Fällen daran gedacht, dem Weibe die nötige und die dem Kinde entsprechende Größe und Weite der Geburtswege zu geben. Wenn aber tatsächlich einmal der weibliche Genitaltraktus eine derartige Enge und Sprödigkeit aufweisen sollte, daß die Geburt ihm unumgängliche Schäden bringen wird, — sei es durch

Zerstörung des Fundamentes, auf dem die Gebärorgane ruhen, oder durch das Entstehen großer Einrisse, vielleicht sogar Dammrisse dritten Grades, deren Heilungstendenz schlecht ist, — dann darf der gewissenhafte Geburtshelfer nicht mit dem Einschnitt zögern.

Aber wenn auch unter der Geburt die Mutter keinen Schaden davontragen würde, wenn nur das Kind durch die weichen Geburtswege am Leben gehindert werden könnte, auch dann muß man die Incision vornehmen, denn heute heißt es nicht mehr e r s t die Mutter d a n n das Kind, sondern immer nur bleibt die gesunde Mutter u n d das lebenskräftige Kind das erstrebenswerte Ziel der Geburtshilfe.

Literatur.

1. Bardenheuer, F. H.	1929	Zentralbl. f. Gyn. u. Geburtsh.
2. Bucura, C.	1926	Zentralbl. f. Gyn. u. Geburtsh.
3. Ciccaglione, A.	1930	Riv. Ostetr. 12
4. Colombino, C.	1930	Ann. Ostetr. 53
5. Döderlein, A.		Handb. d. Geburtsh.
6. Garufi, G.	1932	Monit. Ostetr. Ginec. 4
7. Gonzales, J. B.	1932	Semana med. 1932/II
8. Heidler, H.	1936	Wiener klin. Wochenschr. 1936/I
9. Küstner, O.		Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gyn. I
10. Kun, B.	1927	Dissertation
11. Massimi, G.	1934	Clin. Ostetr. 36
12. Martin, Ed.	1927	Archiv f. Gyn. 132
13. Mathieu, A.	1932	West. Journ. Surg. 40
14. Mordwinkin, A.	1932	Archiv f. Gyn. 150
15. Novak, J.	1933	Wiener klin. Wochensch. 1933/II
16. Nugent, F.	1935	Amer. J. Obstetr. 30
17. Rieck, A.	1927	Archiv f. Gyn. 132
18. Rieck, A.	1928	Zentralbl. f. Gyn. 1928
19. Rieck, A.	1932	Monatsschr. f. Geburtsh. 90
20. Sellheim	1927	Archiv f. Gyn. 132
21. Seynsche	1927	Archiv f. Gyn. 132
22. Solms, E.	1927	Med. Klinik 30
23. Tongeren F. C.van	1925	Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 89

Es sei mir gestattet, Herrn Regierungsmedizinalrat I. Klasse Prof. Dr. E. B a c h für die Überlassung des Themas und Herrn Prof. Dr. O. E i s e n r e i c h für die Übernahme des Referates ergebenst zu danken.

Lebenslauf.

Am 19. Dezember 1911 wurde ich als Sohn des Kaufmannes Heinrich Wiemer und seiner Ehefrau Johanna, geb. Mertens, zu Duisburg geboren. Dort besuchte ich die Vorschule und wurde Ostern 1923 in die Sexta des Steinbart-Realgymnasiums in Duisburg aufgenommen. An dieser Schule legte ich auch die Reifeprüfung ab. In den vorklinischen Semestern studierte ich in Freiburg, München und Bonn und legte dort die ärztliche Vorprüfung ab. Bis zum medizinischen Staatsexamen, Winter 1938, besuchte ich die Hochschulen Hamburg, Köln und nochmals München.